DNA-Patente! Über drei Millionen sind angemeldet bzw. vergeben: Das derzeitige System umgibt wissenschaftliche Entdeckungen mit Geldgier und Monopolen. Ein Diskussionspapier des *Nuffield Council for Bioethics* verlangt für die Erteilung von Patenten strengere Standards nach Massgabe der Verwendung der DNA: keine exklusiven Rechte auf DNA-Sequenzen für diagnostische Tests oder für wissenschaftliche Untersuchungen; strenge Zurückhaltung mit Patenten für Gentherapie. Es akzeptiert die Patentierung von Methoden der Genübertragung und für Genprodukte (therapeutische Proteine). Von den vier für die Erteilung von DNA-Patenten erforderlichen Kriterien (Neuheit, Nicht-Selbstverständlichkeit, Nutzen und Erfindung) ist die letztere im Zeitalter computerisierter Analysen problematisch, der Nutzen allzu oft ersetzt durch Spekulation. Utopie? – *Anonymous. DNA patents: putting an end to "business as usual". Lancet 2002;360:349.*

Fromme Wünsche? **Diabetes-2** (D2) hat epidemisches Ausmass angenommen und Übergewicht ist damit stark und kausal verknüpft: Bei einem BMI von 29–31 kg/m² ist das Risiko 28mal so hoch wie bei einem BMI <22. Die Prävalenz von bekannten und neuen D2-Fällen liegt unter den Europäern in Manchester bei 20%. In einer prospektiven Studie an rund 85 000 Frauen über 16 Jahre erlaubte die Kontrolle beeinflussbarer Risikofaktoren im Zusammenhang mit Essen, körperlicher Aktivität, Gewicht und Rauchen eine 91prozentige Risikoreduktion – 88% selbst bei familiärer Belastung! In zwei anderen Studien an übergewichtigen Personen brachten Gewichtsreduktion (3–4 kg!) und vermehrte körperliche Aktivität eine Risikoreduktion um 58%! … fast zu gut, um wahr zu sein! Für alt und jung, Übergewichtige und (noch nicht) Übergewichtige sollte das Programm klar sein! – *Pinkney J. Prevention and cure of type 2 diabetes. BMJ 2002;325:232–3.*

A propos BMI (*body mass index*): **Übergewicht und Herzinsuffizienz.** Ein Anstieg des BMI um 1 kg/m² steigert das Herzinsuffizienz-Risiko um 5% bei den Männern und 7% bei den Frauen. Obesitas (BMI >30) ist mit einer Verdoppelung des Herzinsuffizienzrisikos assoziiert – sei es über die Verbindung mit etablierten Risikofaktoren (Diabetes, Hyperlipidämie, Hypertonie) oder über einen direkt negativen Effekt auf das Myokard. *Eat now, pay later! – Kenchaiah S, et al. Obesity and the risk of heart failure. N Engl J Med 2002;347:305–13.*

Honni soit qui mal y pense? **Interessenkonflikte:** Von der Pharmaindustrie finanzierte Studien zur Wirkung von Antipsychotika bei Schizophrenie haben grössere Chancen, günstige Effekte aufzuzeigen als unabhängige Studien. Eine aktuelle Analyse von 159 randomisierten klinischen Studien aus 12 Spezialgebieten zeigt, dass die Schlussfolgerungen der Autoren signifikant häufiger zugunsten der Intervention ausfallen, wenn die Studie ausschliesslich durch profitorientierte Institutionen finanziert war. Für persönliche, akademische und politische Interessen ergab sich kein derartiges *bias*. Die möglichen statistischen und psychologischen Mechanismen sind nicht identifiziert. Allzu einfach darf man sie sich wohl nicht vorstellen. – *Kjaergard LL, Nielsen B. Association between competing interests and authors' conclusions. BMJ 2002;325:249–52.*

Mammakarzinom: Radikale Mastektomie (RM, Halsted) oder weniger extensive Chirurgie (TM) mit oder ohne Nachbestrahlung? 1079 Frauen mit klinisch negativem axillärem Befund unterzogen sich einer RM oder einer TM ohne axilläre Ausräumung (aA) mit Nachbestrahlung bzw. mit aA erst, wenn der axilläre Befund positiv wurde. 586 Frauen mit klinisch positivem axillärem Befund wurden mit RM oder TM und Nachbestrahlung, aber ohne aA behandelt. Kompliziert! Aber das Resultat ist einfach: Nach 25 Jahren ergaben sich keinerlei Vorteile für die radikale Mastektomie gegenüber weniger extensiver Intervention und keine Überlebensvorteile – weder für die Ausräumung okkult positiver axillärer Lymphknoten noch für die Bestrahlung. Endgültig? – *Fisher B, et al. Twenty-five year follow-up of a randomized trial comparing radical mastectomy, total mastectomy, and total mastectomy followed by irradiation. N Engl J Med 2002;347:567–75.*